

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別				☐ 定期接種・臨時接種				☐ 任意接種			
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)		性別	1 男 2 女		接種時 年齢	歳 月			
	住 所	都 道 府 県		区 市 町 村	生年月日		T H S R	年 月 日生			
報 告 者	氏 名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()									
	医療機関名							電話番号			
	住 所										
接種場所	医療機関名										
	住 所										
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)		ロット番号		製造販売業者名			接種回数			
	①							① 第 期(回目)			
	②							② 第 期(回目)			
	③							③ 第 期(回目)			
	④							④ 第 期(回目)			
接種の状況	接 種 日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分				出生体重		グラム (患者が乳幼児の場合に記載)			
	接種前の体温	度 分		家族歴							
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)										
	1 有 → 2 無										
症 状 の 概 要	症 状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)									
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分									
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能			他要因(他の 疾患等)の可 能性の有無		1 有 → 2 無				
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)										
	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無										
症 状 の 程 度	1 重い →		1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 { 病院名: 医師名: 平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 年 月 日 退院 } 6 上記1～5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常								
	2 重くない										
症 状 の 転 帰	転帰日	平成・令和 年 月 日									
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明										
報告者意見											
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後										